Aus der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung
des Auguste-Viktoria-Krankenhauses zu Berlin-Schöneberg.
(Leiter: Prof. Carl Ruge.)

Ein Beitrag zur Erfolgsstatistik des fieberhaften und septischen Abortes.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung
der Medizinischen Doktorwürde
an der Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin.

Vorgelegt von

Frieda Warmbier

aus Berlin

Tag der Promotion: 4. März 1938

Druck: Hermann Schütz, Berlin SW 68, Hollmannstr. 32

M 502

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. R. Siebeck.
Referent: Prof. Dr. C. Ruge.
Korreferent: Geh.-Rat Prof. Dr. W. Stoeckel.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

An Hand
von Krankheitsgeschichten
des
Auguste-Viktoria-Krankenhauses
zu Berlin-Schöneberg
aus den
Jahrgängen 1928—1936 (August).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543927_0068

Die Frage nach der besten Behandlung des fieberhaften und septischen Abortes beschäftigt seit langem die medizinische Wissenschaft. Eine Einigung ist bisher noch nicht erreicht worden.

Es sind vornehmlich drei Behandlungsarten des fieberhaften und septischen Abortes zu unterscheiden, die ich in der Reihenfolge nenne, wie sie nacheinander zur Geltung gekommen sind.

1. Die konservative Behandlungsmethode, bei der man von der Ausräumung absieht und den natürlichen Ablauf der Fehlgeburt abwartet und nur durch Wehenmittel die Entleerung des Uterus zu fördern sucht.
2. Die aktive Behandlungsmethode, bei der grundsätzlich jeder Abort ausgeräumt wird.
3. Die exspectative Behandlungsmethode: die Entfieberung wird abgewartet, danach wird der Uterus, falls nicht vorher von selbst die Ausstoßung eingetreten ist, entleert.

Die konservative Methode wurde lange allein angewandt; noch im Jahre 1862 forderte Hegar bei fieberhaftem Abort ausschließlich diese Behandlung, aber bald trat ein Umschwung ein, gefördert durch die Vervollkommnung der instrumentellen Therapie. Man bevorzugte die aktive Behandlung hauptsächlich aus zwei Gründen: durch sie wird der Infektionsherd am wirksamsten und schnellsten aus dem Körper entfernt und eine sofortige Blutstillung herbeigeführt. Blutungen und Infektionen sind die Hauptgründe der Morbidität und Mortalität. So fordert unter andern Dührssen 1887, daß jeder Abort sofort ausgeräumt werde.

Die größere Zahl der Aerzte zog die aktive einer konservativen bzw. exspectativen Behandlung vor, doch war man sich über die Art der Ausräumung, ob digital oder instrumentell, durchaus nicht einig, ebensowenig über die Wahl des Instrumentes, ob Kornzange oder Abortzange oder Curette — ich nenne nur die bekanntesten Instrumente, ohne auf die unzähligen Modifikationen einzugehen. Die Ursachen für diese Uneinigkeit und wohl auch für die dauernde Neukonstruktion von Instrumenten waren die immer wieder vorkommenden Unglücksfälle bei der instrumentellen Ausräumung, vor allem die nicht seltene Perforatio uteri, die durch ein falsches Instrument oder eine falsche Technik verursacht waren. Darum wird trotz der Fortschritte der Aseptik vor dem Gebrauch eines Instrumentes zur Ausräumung gewarnt und die digitale Entleerung empfohlen, die eine viel größere Sicherheit, die vollständige Entleerung tatsächlich herbeizuführen, bietet als die Curettage. Das Normalverfahren soll stets als das schonendste und ungefährlichste die digitale Ausräumung bleiben. Gelingt aber auf diese Weise die Ausräumung nicht völlig, so wird von Hammerschlag, Thomä, Döderlein und Bumm die Anwendung der Curette gestattet.

Weiter gehen die Aerzte, die stets die digitale Ausräumung kombiniert mit der instrumentellen anwenden. Vor allem ist da zu nennen Blondel, der in seinem Vortrag „Statistik über 100 Fälle von Abort (1890—1902)" ausdrücklich betont, daß er sich nie mit der digitalen Ausräumung des Uterus begnügt, sondern immer die Curettage anschließt, da dem Finger sehr leicht kleine infizierte Eihautreste entgehen können.

Für alleinige Anwendung des Instrumentes bei der Ausräumung sind Rose, Rieck, Lomer, Falk, denn nach ihrer Ansicht ist die Curettage sauberer als der Finger und entfernt Deciduareste gründlicher; besonders bei frühen Aborten beschränken sie sich auf die alleinige Anwendung der Curette.

Bei dieser Auseinandersetzung über die beste Methode der Ausräumung war die Frage nach der zuverlässigsten

Behandlung des fieberhaften und septischen Abortes etwas in den Hintergrund geraten, und erst Winter lenkte mit seiner Arbeit über: „Zur Prognose des septischen Abortes" erneut die Aufmerksamkeit auf die abwartenden Behandlungsmethoden. Nachdem er bereits auf dem fünften Internationalen Kongreß für Geburtshilfe und Gynäkologie in Petersburg auf seine Behandlungsergebnisse hingewiesen hatte, setzte er sich auf Grund seiner Erfahrungen in der Behandlung von 100 Fällen septischen Abortes (es handelt sich in diesen 100 Fällen, das betont Winter ausdrücklich, um reine Uterusinfektionen ohne nachweisbare Infektionsherde in Peritoneum, Parametrium, Venen und Adnexen) energisch für eine exspectative oder für eine konservative Therapie ein, und zwar auf Grund seiner bakteriologischen Untersuchungen des Vaginalsekretes. Damit ist durch Winter ein neuer Gesichtspunkt gegeben worden, indem für die Entscheidung eines exspectativen oder aktiven Verhaltens der bakteriologische Befund maßgebend sein soll.

Die Arbeiten von Winter veranlaßten zahlreiche Gynäkologen zur Nachprüfung der von Winter mitgeteilten Ergebnisse mit den verschiedenen therapeutischen Maßnahmen. Doch bis heute ist eine endgültige Entscheidung über die erfolgreichste Behandlung des fieberhaften und septischen Abortes, ob aktiv, exspectativ oder konservativ, bei Berücksichtigung des bakteriologischen Befundes noch nicht gefallen, — man kann nur sagen, daß zur Zeit die meisten Gynäkologen für eine abwartende Behandlung sind. —

Zur kritischen Verwertung unserer eigenen Erfahrungen haben wir eine Statistik aufgestellt, welche die Jahre 1928 bis August 1936 erfaßt. Die Gesamtzahl der in dieser Zeit zur Behandlung gekommenen Aborte betrug 1950, und von diesen 1950 Aborten waren 509 = 26,10% durch Fieber über 37,5° kompliziert. Als fieberhaft haben wir all die Aborte angesehen, bei denen es sich um eine lokale, d. h. auf den Uterus beschränkte Infektion handelte, es war das bei 486 Aborten der Fall, als septisch diejenigen, bei denen wir klinisch eine Sepsis feststellen

konnten an Hand der Temperatur- und Pulskurve, des septischen Allgemeinzustandes, des septischen Blutbildes und der bisweilen in Erscheinung tretenden Metastasen. Es war das bei 23 Aborten der Fall.

Grundsätzlich bevorzugen wir auf unserer Abteilung seit fast 10 Jahren eine exspectativ-konservative Behandlung aller durch Fieber komplizierten Aborte, und nur eine stärkere, lebensbedrohliche Blutung bei hochfieberhaften oder bei subfebrilen Temperaturen, die hartnäckige Retention von Abortresten und die damit verbundene konstante, mehr oder weniger starke Blutung veranlaßt uns, aktiv einzugreifen, d. h. auszuräumen. Bis zum dritten Schwangerschaftsmonat kombinieren wir digitale und instrumentelle Ausräumung. —

Wir haben so von unsern 509 Aborten 91 aktiv behandelt, das sind nur 17,88%, und zwar war die Ursache für die Ausräumung eine starke Blutung, die entweder schon vor oder bei der Aufnahme bestand oder erst im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes oder nach Darreichung von Chinin-Hypophen auftrat.

Will man sich nun ein Urteil über die Ergebnisse der einzelnen Behandlungsmethoden bilden, um durch Vergleich derselben die günstigste Methode ausfindig zu machen, so muß eine kritische Betrachtung des Gesamtmaterials von verschiedenen Gesichtspunkten aus erfolgen. Wir haben die Ergebnisse der einzelnen Behandlungsmethoden aufgestellt bezüglich

1. der Entfieberung, die wohl der deutlichste Ausdruck einer Gefahrenminderung ist,
2. der Morbidität, die die Häufigkeit vorher nicht nachweisbarer Nacherkrankungen wiedergibt,
3. der Mortalität, die von den meisten Autoren als alleiniges Vergleichsmoment angegeben wird,
4. der Aufenthaltsdauer der Kranken, die im Hinblick auf die sozialen Verhältnisse (Belastung der Krankenkassen, Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit) bedeutungsvoll ist. Sie ist selbstverständlich von der Morbidität abhängig.

Um ganz kritisch zu sein, soll zunächst die sogenannte „ungereinigte Statistik“ (Tabelle I) besprochen werden. In dieser sind alle 509 durch Fieber komplizierte Fehlgeburten einschließlich der septischen Aborte aufgenommen.

1. Die aktive Behandlung der 91 (= 17,88% von 509 Fehlgeburten) Aborte zeigte folgende Ergebnisse: Bei 30 Aborten = 32,97% kam es sofort nach der Ausräumung zum Temperaturrückgang, 14 = 15,38% wiesen am Tage der Operation, 31 = 34,07% 1—2 Tage, 6 3—4 Tage, und je eine Patientin 7, 13, 14, 17 und 20 Tage Temperatursteigerungen auf. Sie bewegten sich für diese und alle weiteren Fälle zwischen 37,5 und 40,9. Bei zwei Aborten blieben die Temperaturen bis zum Tage der Entlassung subfebril. Zu Nacherkrankungen kam es bei 12 Aborten, also bei 13,19%, und zwar zu einer

Endometritis	2 mal
Adnexitis	3 mal
Thrombophlebitis	1 mal
Sepsis	6 mal

Die Mortalität betrug 3,30%, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 15 Tage.

2. Exspectativ behandelt, d. h. entsprechend der Vorschrift von Winter nach Entfieberung ausgeräumt haben wir 136 Aborte = 26,72%. Es blieben danach auch weiterhin ohne Temperatur 83 Aborte = 61,03%, nach der Ausräumung bekamen 18 = 13,24% eine eintägige Temperaturerhöhung, 28 = 20,59% wiesen diese 1—2 Tage, 3 3—4 Tage, eine Patientin 8 Tage auf. Dreimal blieben hier die Temperaturen bis zur Entlassung subfebril. Interessant ist die niedrige Nacherkrankungsziffer mit nur 0,74% (eine Parametritis) und die Mortalität von 0%! Die Aufenthaltsdauer ist gegenüber der aktiven Behandlung um 3 Tage erhöht, sie beträgt 18 Tage.

3. Das größte Kontingent stellen unsere konservativ behandelten Aborte: 282 = 55,40%. Hier kam es in 157 Fällen = 55,67% sofort nach völliger Ausstoßung

der Abortreste zum Temperaturabfall, 2mal bestand einen Tag Temperatursteigerung, 48mal = 17,02% 1—2 Tage, 20mal = 7,09% 3—4 Tage, 24mal = 8,51% 5—10 Tage, 8mal 11—15 Tage, 3mal 16—20 Tage, 1mal 25 Tage und 3mal 100 Tage. Subfebril bis zur Entlassung blieben 5 Aborte. Die Nacherkrankungsziffer, 9,57%, ist der bei aktiver Therapie (13,19%) angenähert. Es kam zu einer

Endometritis	5 mal
Adnexitis	10 mal
Parametritis	6 mal
Thrombophlebitis	1 mal
Peritonitis	2 mal
Sepsis	3 mal

Die Mortalität betrug 3,55%, sie war also nur etwas höher als die bei aktiv behandelten Aborten (3,30%). Die Aufenthaltsdauer betrug 20 Tage.

Von den 509 durch Fieber komplizierten Aborten kamen also insgesamt 12 ad exitum, das sind 2,36%, auf alle 1950 Aborte berechnet 0,61%.

Bei Betrachtung der Werte dieser Statistik fällt auf, daß die exspectativ behandelten Aborte das beste Ergebnis lieferten mit einer Mortalität von 0%, einer Nacherkrankung von 0,74%. Die Aufenthaltsdauer ist mit 18 Tagen gegenüber den aktiv behandelten Aborten um 3 Tage (15 Tage) erhöht, aber gegenüber den konservativ behandelten (20 Tage) um 2 erniedrigt.

In einer zweiten „gereinigten Statistik" haben wir fieberhafte und septische Aborte getrennt, um eine bessere Vergleichsmöglichkeit zu haben und um beurteilen zu können, ob die günstigeren oder ungünstigeren Ergebnisse dieser oder jener Behandlungsart eine Frage der Methode oder der strengen Indikationsstellung sind.

I. Die fieberhaften Aborte.

(Tafel II.)

1. Aktiv behandelt:

Von 486 fieberhaften Aborten wurden 85 = 17,49% wegen Blutung bei bestehendem Fieber ausgeräumt. Danach waren sofort 30 = 35,29% ohne Temperatur, 13 = 15,29% hatten am selben Tage Temperatur, 31 1—2 Tage, 6 3—4 Tage, je eine Patientin 7, 13 und 17 Tage, und 2 blieben bis zum Entlassungstage subfebril. Zu Nacherkrankungen kam es bei 6 Aborten = 7,06%, und zwar kam es zu einer

Endometritis	2 mal
Adnexitis	3 mal
Thrombophlebitis	1 mal

Die Mortalität betrug 0%, die Aufenthaltsdauer 14 Tage.

2. Exspectativ behandelt:

Bei den 136 exspectativ behandelten Aborten = 27,98 Prozent blieben 83 = 61,03% auch nach der Ausräumung ohne Temperatur, 18 = 13,24% reagierten am selben Tage mit Temperaturen, 28 = 20,59% hatten 1—2 Tage, 3 3—4 Tage, eine Patientin 8 Tage Temperaturen, und 3 blieben bis zur Entlassung subfebril. Zu einer Nacherkrankung kam es in einem Fall = 0,74% (Adnexitis). Die Mortalität betrug 0%, die Aufenthaltsdauer 18 Tage.

3. Konservativ behandelt:

Von den 265 konservativ behandelten Aborten = 54,53 Prozent entfieberten 157 = 59,25% sofort post abortum, ein Abort bekam einen Tag lang Temperatur, 48 = 18,11% 1—2 Tage, 20 = 7,55% 3—4 Tage, 23 = 8,68% 5—10 Tage, 6 11—15 Tage, 3 16—20 Tage und je eine Patientin 25 und 71 Tage. 4 blieben bis zur Entlassung sub-

febril. Zu einer Nacherkrankung kam es in 21 Fällen, d. h. bei 7,92%, und zwar zu einer

Endometritis	5 mal
Adnexitis	10 mal
Parametritis	5 mal
Thrombophlebitis	1 mal

Die Mortalität betrug 0%, die Aufenthaltsdauer 18 Tage.

Auch hier weist die exspectative Therapie mit einer Nacherkrankungsziffer von 0.74% die besten Resultate auf, und die Mortalität betrug bei jeder Therapie 0%.

II. Die septischen Aborte.

(Tafel III.)

1. Aktiv behandelt:

Von unseren 23 septischen Aborten = 1,69% aller 1950 Aborte haben wir 6 = 26,08% aktiv behandelt. In einem Fall kam es am nächsten Tag zum Temperaturabfall, in einem nach 14 Tagen, in einem weiteren nach 20 Tagen. 3 Frauen von den 6 aktiv behandelten, also 50% kamen im Anschluß an den Eingriff ad exitum. Bei den andern 3 Patientinnen kam es in keinem Fall zu einer Nacherkrankung. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 29 Tage.

2. Konservativ behandelt.

17 Aborte von den 23 septischen = 73,91% behandelten wir konservativ. In einem Fall kam es sofort post abortum am nächsten Tag zur Entfieberung, in einem nach 4 Tagen, in einem nach 13 Tagen, in einem nach 14 Tagen, in einem nach 47 Tagen, in einem nach 75 Tagen und in einem letzten nach 91 Tagen 1mal subfebril. Zu Nacherkrankungen kam es bei 6 Aborten = 35,29%, und zwar zu einer:

Parametritis	1 mal
Peritonitis	2 mal
Lok. Abscessen	3 mal

Die Mortalität betrug 52,94%, die Aufentshaltsdauer 51 Tage. Die Mortalität war also bei den septischen Aborten unabhängig von der Behandlungsmethode ungefähr die gleiche, nämlich ca. 50%.

Insgesamt kamen also 3 und 9 = 12 Aborte von den 23 ad exitum = 52,17%.

Betrachten wir nun die Ergebnisse der Statistiken nach den eingangs festgelegten Gesichtspunkten auf den Erfolg der einzelnen Behandlungsmethoden hin, so ergibt sich folgende Gegenüberstellung:

Die durchschnittliche Entfieberung erfolgte:

Therapie

Beim	aktiv	exspect.	kons.
	nach	nach	nach
Fieberh. Abort	2,57 Tagen	1,88 Tagen	6,29 Tagen
Sept. Abort	11,07 Tagen	—	44,25 Tagen
Zusammen	2,80 Tagen	1,88 Tagen	9,59 Tagen

Die exspectative Behandlung gibt für die fieberhaften Fehlgeburten das beste Ergebnis in gereinigter und ungereinigter Statistik mit einer durchschnittlichen Entfieberung bereits nach 1,88 Tagen.

Von unsern 23 septischen Aborten wurde keiner exspectativ behandelt; daher fallen diese bei der Besprechung dieser Rubrik jetzt und auch in allen späteren Betrachtungen aus!

In der gereinigten Statistik kommt es bei aktiver Behandlung wesentlich früher zur Entfieberung als bei der konservativen (2,57 Tage und 11,07 Tage gegenüber 6,29 Tagen und 44,25 Tagen).

Die ungereinigte Statistik wird bei aktiver Behandlung durch die septischen Aborte nicht wesentlich berührt. Jedoch ist es bei der konservativen Behandlung anders. Hier wird die ungereinigte Statistik durch die erst nach 44,25 Tagen durchschnittlich erfolgende Entfieberung doch nennenswert belastet. Die Morbidität betrug:

Therapie

Beim	aktiv	exspect.	kons.
Fieberh. Abort	7,06 %	0,74 %	7,92 %
Sept. Abort	0,00 %	—	35,29 %
Zusammen	13,19 %	0,74 %	9,57 %

Auch die Morbidität ist bei der exspectativen Behandlung am niedrigsten, nur 0,74%! In der gereinigten Statistik kürzeste Aufenthaltsdauer bei aktiver Behandlung, die längste aber im Gegensatz zu uns bei exspectativer Behandlung.

ist die Morbidität bei den fieberhaften Aborten ungefähr bei aktiver und konservativer Behandlung die gleiche (7.06% gegenüber 7.92%), jedoch bei den septischen Aborten 0% gegenüber 35.29%. Auch hier kommt es wiederum durch die septischen Aborte, die in der ungereinigten Statistik als Nacherkrankung gerechnet wurden, zu einer starken Belastung derselben, vor allem im Abschnitt „aktiv".

Vergleicht man nun unsere Ergebnisse mit andern großen Statistiken, so ist unsere Morbidität von 0,74% bei exspectativer Behandlung, verglichen mit dem von Grünstein in seiner Dissertationsarbeit über „Beitrag zur Dietrichschen Sammelstatistik über die Behandlung des fieberhaften Abortes" genannten von 12% doch überraschend gut. Auf der andern Seite haben wir bei unserer aktiven Behandlung mit 13.19% eine weit höhere Zahl an Nacherkrankungen als Warnekros in seiner Arbeit über „Virulenzfrage und septischer Abort" mit nur 1,07%.

Die meisten Herausgeber von Statistiken über die Behandlung des fieberhaften und septischen Abortes legen das Hauptgewicht auf die Mortalität. So haben wir hier die besten Vergleichsmöglichkeiten unserer Ergebnisse mit denen anderer Kliniken.

Die Mortalität betrug:

Therapie

Beim	aktiv	exspect.	kons.
Fieberh. Abort	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Sept. Abort	50.00 %	—	52,94 %
Zusammen	3,30 %	0.00 %	3,75 %

Bei den fieberhaften Aborten beträgt die Mortalität bei aktiver wie bei exspectativer, wie bei konservativer Behandlung 0%. Bei den septischen Aborten ist sie bei aktiver und konservativer Behandlung fast gleich: 50% gegenüber 52,94%. Die ungereinigte Statistik wird wiederum bei aktiver und konservativer Behandlung durch die

septischen Aborte sehr belastet, jedoch in der Rubrik „exspectativ" davon nicht betroffen.

Vergleichen wir nun wieder unsere Resultate mit denen anderer großen Statistiken, vor allem der Dietrichschen Sammelstatistik über 10000 Aborte aus 20 Kliniken:

1. Bei aktiver Behandlung hatten wir eine Mortalität von 3,30% gegenüber 4,5% (Dietrich), 0,5% (Warnekros), 8% (Bovin) und 1% (Grünstein).

2. Bei exspectativer Behandlung hatten wir eine Mortalität von 0% gegenüber von 1,4% (Dietrich), 1,9% (Bovin) und 0% (Grünstein).

3. Bei konservativer Behandlung hatten wir eine Mortalität von 3,55% gegenüber von 5,4% (Dietrich), 1,3% (Bovin) und 0% (Grünstein). Unsere Gesamtmortalität (auf die 509 fieberhaften und septischen Aborte berechnet!) von 2,36% ist fast dieselbe wie die von Bovin angegebene von 2,1%. Nur Grünstein gibt den niedrigen Wert von 0,67% an.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug:

Therapie

Beim	aktiv	exspect.	kons.
Fieberh. Abort	14 Tage	18 Tage	18 Tage
Sept. Abort	29 Tage	—	51 Tage
Zusammen	15 Tage	18 Tage	20 Tage

Die Aufenthaltsdauer ist bei der aktiven Behandlung in gereinigter und ungereinigter Statistik weit kürzer als bei der konservativen (14, 29, 15 Tage gegenüber 18, 51, 20 Tagen). Die der exspectativen ist in beiden Statistiken der konservativen angenähert (18, 18 gegenüber 18, 20). Auch hier wird die ungereinigte Statistik nicht unwesentlich durch die septischen Aborte belastet. Grünstein gibt bei aktiver Behandlung eine Aufenthaltsdauer von 12 Tagen, bei exspectativer eine von 17 Tagen, bei konservativer eine von 14 Tagen an, hat also wie wir die

kürzeste Aufenthaltsdauer bei aktiver Behandlung, die längste aber im Gegensatz zu uns bei exspectativer Behandlung.

Abschließend kann man sagen: Sieht man von der etwas längeren Aufenthaltsdauer bei exspectativer Behandlung ab, so ist dieser Behandlungsart nach beiden Statistiken, der gereinigten und der ungereinigten, und nach unsern Ergebnissen der Vorzug zu geben. Aktive und konservative Behandlung dagegen halten sich in ihren Ergebnissen ungefähr die Waage, und so bevorzugen wir an unserer Klinik die exspectativ-konservative Behandlung und glauben nach unsern Erfahrungen dazu berechtigt zu sein. Bei septischen Fehlgeburten ist das Ergebnis der aktiven und der konservativen Therapie fast gleich: mit beiden Behandlungen konnten wir nur etwa 50% der septisch Erkrankten heilen.

Tafel I

Gesamtzahl: 1950 Aborte

davon

Abortus febrilis: 486

Abortus septicus: 23

509 = 26,10%, davon 12+ = 2,36%, auf 1950 berechnet: 0,61%

I. **Aktiv** behandelt: 91 = 17,88%

Mit Fieber ausger.	danach ohne Temp.	am selben Tag Temp.	subf.	Temperatur in Tagen 1—2	3—4	5—10	11—15	16—20	21—30	31—50	51-100	Nacherkrankungen Endom.	Adnex.	Param	Thromb.	Perit.	Sepsis	Ex.	Entf.	Auf. d.
91=	30=	14=	2	31=	6	1	2	2	—	—	—	2	3	—	1	—	6	3=	nach 2,80 Tagen	15 Tage
17,88%	32,97%	15,38%		34,07%		(7 Tage)	(13 u. 14 Tage)	(17 u. 20 Tage)				12=13,19%						3,30%		

II. **Exspectativ** behandelt: 136 = 26,72%

Nach Entfieber, ausger.																				
136=	83=	18=	3	28=	3	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	nach 1,88 Tagen	18 Tage
26,72%	61,03%	13,24%		20,59%		(8 Tage)						1=0,74%								

III. **Konservativ** behandelt: 282 = 55,40%

Post ab																				
282=	157=	2	5	48=	20=	24=	8	3	1	1	3	5	10	6	1	2	3	10=	nach 9,59 Tagen	20 Tage
55,40%	55,67%			17,02%	7,09%	8,51%			(25Tage)	(47Tage)		27=9,57%						3,55%		

Tafel II

Gesamtzahl: 1930 Aborte

davon

Abortus febrilis: 486 = 24,92%

I. **Aktiv** behandelt: 85 = 17,49%

Mit Fieber ausger.	danach ohne Temp.	am selben Tag Temp.	subf.	Temperatur in Tagen 1—2	3—4	5—10	11—15	16—20	21—30	31—50	51-100	Nacherkrankungen Endom.	Adnex.	Param.	Thromb.	Perit.	Sepsis	durchschnittlich Ex.	Entf.	Auf. d.
85=	30=	13=	2	31=	6	1	1	1	—	—	—	2	3	—	1	—	—	—	nach 2,57 Tagen	14 Tage
17,49%	35,29%	15,29%		36,47%		(7 Tage)	(13 Tage)	(17 Tage)					6=7,06%							

II. **Exspectativ** behandelt: 136 = 27,98%

Nach Entfieber. ausger.																				
136=	83=	18	3	28=	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	nach 1,88 Tagen	18 Tage
27,98%	61,03%	13,24%		20,59%		(8 Tage)							1=0,74%							

III. **Konservativ** behandelt: 265 = 54,53%

Post ab																				
265=	157=	1	4	48=	20=	23=	6	3	1	—	1	5	10	5	1	—	—	—	nach 6,29 Tagen	18 Tage
54,53%	59,25%			18,11%	7,55%	8,68%			(25 Tage)		(71 Tage)	21=7,92%								

Tafel III

Gesamtzahl: 1950 Aborte

davon

Abortus septikus: 23 = 1,69 %

I. **Aktiv** behandelt: 6 = 26,08 %

Mit Fieber ausger.	danach ohne Temp.	am selben Tag Temp.	subf.	Temperatur in Tagen 1—2	3—4	5—10	11—15	16—20	21—30	31 - 50	51-100	Nacherkrankungen Endom.	Adnex.	Param	Thromb.	Perit.	Sepsis	durchschnittlich Ex.	Entf.	Auf. d.
6=	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3=	nach 11,67	29
26,08 %							(14 Tage)	(20 Tage)				0 %						50 %	Tagen	Tage

II. **Konservativ** behandelt: 17 = 73,91 %

Post ab																				
17=	—	1	1	—	1	—	2	—	—	1	2	—	—	1	—	2	3	9=	nach 44,25	51
73,91 %					(4 Tage)		(13 u. 14 Tage)			(47 Tage)	(75 u. 91 Tage)		6 = 35,29 %					52,94 %	Tagen	Tage

Literaturnachweis.

Blondel: Zbl. f. Gyn. 1902, Nr. 29, S. 785.

O'Bondy: Zbl. f. Gyn. 1912, Nr. 4, S. 114.

Braun-Fernwald: Zbl. f. Gyn. 1904, Nr. 37, S. 10.

Bumm: Zbl. f. Gyn. 1908, Nr. 5, S. 158.
Grundriß zum Studium der Geburtshilfe.

Dietrich: Arch. f. Gyn. 1923, Bd. 120, S. 14/15, 24/31.

Döderlein: Zbl. f. Gyn. 1908, Nr. 39, S. 1285.

Hammerschlag: Zbl. f. Gyn. 1908, Nr. 17, S. 563.

Heller: Ueber die Behandlung des fieberhaften Abortes. Med. Diss., Tübingen 1935.

Kaps: Vergleich der aktiven und abwartenden Therapie bei fieberhaftem Abort. Med. Diss., Berlin 1936.

Rieck, Zbl. f. Gyn. 1908, Nr. 30, S. 987/88.

Roesing: Zbl. f. Gyn. 1908, Nr. 30, S. 987.

Rose: Zbl. f. Gyn. 1908, Nr. 30, S. 987/88.

Seegert: Zbl. f. Gyn. 1907, Nr. 38, S. 1155.

Stoeckel: Lehrbuch der Geburtshilfe.

Thomä: Zbl. f. Gyn. 1908, Nr. 26, S. 846.

Warnekros: Arch. f. Gyn. 1923, Bd. 120, S. 2/5, 24/31.

Winter: Zbl. f. Gyn. 1911, Nr. 15, S. 569.
Zbl. f. Gyn. 1923, Nr. 38, S.
Arch. f. Gyn. 1923, Bd. 120.

Herrn Prof. Dr. Ruge möchte ich an dieser Stelle für die Ueberlassung des Themas und die freundliche Anleitung meinen geziemenden Dank aussprechen.

Lebenslauf.

Am 22. Februar 1911 wurde ich in Berlin-Schöneberg als Tochter des Oberstudiendirektors Prof. Dr. Ernst Warmbier geboren. Von Ostern 1917 an besuchte ich die Fontane-Schule, von 1921 die Chamisso-Schule, beide zu Berlin-Schöneberg. An der Studienanstalt der Chamisso-Schule bestand ich Ostern 1930 die Reifeprüfung und studierte darauf Medizin in Freiburg, Tübingen, Graz und Berlin. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich im August 1932 in Tübingen, die ärztliche Staatsprüfung im Herbst 1935 in Berlin.